

**SCREENEN MET DE ASSIST
IN DE EERSTELIJNSWELZIJNSSECTOR**



Colofon

Auteurs

Joke Claessens en Tom Defiliet, VAD

Redactie

Inge Baeten en Else De Donder, VAD

Expertengroep

Paul Lemmens (departement gezondheidspromotie Universiteit Maastricht), Cathy Matheï (Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven en Free Clinic), Veerle Soyez (vakgroep orthopedagogiek Universiteit Gent), Rita Verrando (Domus Medica en MSOC Genk) en Arlette Wertelaers (Katarsis en LOGO-arts Limburg)

Met dank aan de preventiewerkers van de 'werkgroep OCMW' en An De Bruyn (CAW Zuid Oost-Vlaanderen), Sonja Delbeecke (CAW Midden West-Vlaanderen), Jonathan Jetten (OCMW Brugge), Karen Lowet (OCMW Tielt-Winge), Tina Michiels (OCMW Herenthout), Peter Schockaert (CAW Middenkust), Kevin Vancaillie (OCMW Gent), Guy Van Der Vurst (CAW Gent-Eeklo), Steven Vantorre (CAW De Papaver), Lut Verbeeck (OCMW Puurs), Katrien Verhaeghe (OCMW Kortrijk) en hun collega's

Contactgegevens

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Wettelijk depotnummer:

D/2010/6030/33
© 2010



Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.



Met de steun van het Fonds ter bestrijding van de Verslavingen

Inhoud

Inleiding	5
Deel I De ASSIST	7
1. Belang van screening en kortdurende interventies voor middelengebruik op de eerstelijns	7
1.1. Wanneer is er sprake van middelenproblemen?	7
1.2. De omvang van middelenproblemen	8
1.3. Belang van screening en kortdurende interventies voor middelengebruik	9
1.4. Rol van de eerstelijns	9
2. De ontwikkeling van de ASSIST en de Nederlandse vertaling	11
3. Wat bevraagt de ASSIST?	12
Deel II Het gebruik van de ASSIST	13
1. Bij wie en wanneer de ASSIST afnemen?	13
2. Afnemen van de ASSIST	14
2.1. Introductie van de afname	14
2.2. Afname van de ASSIST-vragen	15
3. Het berekenen van de scores	18
4. Het interpreteren van de scores	19
4.1. Risicoscores per middel	19
4.2. Injecterend gebruik	19
5. Bespreken van de resultaten met de cliënt (feedbackgesprek) en verdere interventie	21
5.1. Feedback geven aan de hand van de feedbackkaart	22
5.2. Feedback en informatie bij laagrisicoscore	22
5.3. Kortdurende interventie bij matigrisicoscore of occasioneel injecteren	22
5.4. Motiveren voor doorverwijzing bij hoogrisicoscore of frequent injecteren	27
Referenties	29
Bijlagen	31
A. ASSIST V3.1-NL	33
B. ASSIST V3.1-NL Antwoordkaart	39
C. ASSIST V3.1-NL Feedbackkaart	41
D. Informatiekaart - Risico's van injecteren van drugs	45
E. Voorbeeld van een kortdurende interventie aan de hand van de ASSIST	47
F. De ontwikkeling van de ASSIST en de Nederlandse vertaling	49

Inleiding

ASSIST staat voor 'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test', met andere woorden, screeningsinstrument voor alcohol, roken en andere psychoactieve middelen. De ASSIST is een screeningsinstrument waarmee men eenvoudig en snel een inschatting kan maken van de ernst van middelengebruik bij volwassenen. De vragenlijst behandelt: tabak, alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, vluchtige snuifmiddelen (inhalanten), opiaten en andere drugs.

De ASSIST kan u helpen om een inschatting te maken van de ernst van middelengebruik en de nood aan verdere hulpverlening voor het middelengebruik.

Maar in de eerste plaats is het een hulpmiddel om het gesprek over middelengebruik met cliënten aan te gaan. Door zowel het gebruik van alcohol en tabak als van illegale psychoactieve middelen te bevragen, wil de ASSIST de drempel verlagen om illegale drugs bespreekbaar te maken.

Aan de hand van de ASSIST kunt u de cliënt feedback geven over zijn gebruik en de risico's die er eventueel mee samenhangen. Afhankelijk van het resultaat van de screening is dit een voldoende interventie of volgt een kortdurende interventie om de cliënt te motiveren om zijn gebruik te veranderen. Cliënten met een hoog risico worden gemotiveerd voor (een doorverwijzing naar) intensievere hulpverlening.

Het instrument werd ontwikkeld door een internationaal team van onderzoekers gespecialiseerd in middelengebruik voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Oorspronkelijk is het bedoeld voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar het is ook bruikbaar in andere sectoren. In het kader van een Vlaams-Nederlands project werd het instrument naar het Nederlands vertaald. VAD paste de handleiding aan voor de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg én eerstelijnswelzijnssector, in samenwerking met deze sectoren.

Deze handleiding is bedoeld voor de eerstelijnswelzijnssector¹. Ze licht toe wat de ASSIST is en hoe u ermee aan de slag kunt.

In de leidraad 'Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?'² vindt u meer informatie over het ruimere kader van begeleiden bij middelengebruik: hoe het gesprek aangaan over middelen, motiveren en doorverwijzen.

In de bijlagen vindt u het concrete materiaal:

- bijlage A: de ASSIST screeningsvragenlijst;
- bijlage B: de ASSIST antwoordkaart;
- bijlage C: de ASSIST feedbackkaart;
- bijlage D: informatiekaart over de risico's verbonden aan het injecteren van drugs.

Een online versie van het screeningsinstrument is beschikbaar op de VAD-website (www.vad.be). Ook het andere materiaal kunt u daar downloaden of bestellen.

¹ Is eveneens beschikbaar: 'Handleiding ASSIST voor de eerstelijnsgezondheidszorg', Defillet, T. & Claessens, J. (VAD, 2010).

² Alcohol en drugs. Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW? Claessens, J. (VAD, 2010).

Deel I De ASSIST

In dit eerste deel lichten we toe wat we verstaan onder middelenproblemen en wat de omvang is van deze problematiek. Vervolgens bespreken we waarom vroegtijdig opmerken van en interveniëren bij middelenproblemen zo belangrijk is en welke rol de eerstelijns op dit vlak heeft. We lichten toe hoe de ASSIST ontwikkeld werd en wat dit screeningsinstrument bevraagt.

1. Belang van screening en kortdurende interventies voor middelengebruik op de eerstelijns

1.1. Wanneer is er sprake van middelenproblemen?

Mensen gebruiken doorgaans middelen omwille van de aangename of gewenste effecten. Of en in welke mate door het middelengebruik problemen ontstaan, hangt af van een complex samenspel van risico- en beschermende factoren. Het gaat om persoonsgebonden factoren (Mens), gebruiksgelateerde factoren (Middel: kenmerken van het middel en de manier waarop het gebruikt wordt) en omgevingsgebonden factoren (Milieu).

Risikant gebruik wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als een gebruikspatroon dat het risico op schadelijke gevolgen voor de gebruiker verhoogt. Deze gevolgen kunnen zich zowel op fysiek, mentaal als sociaal vlak situeren (Edwards, 1981). Wat alcoholgebruik betreft, refereert deze categorie naar iedereen die meer drinkt dan de aanvaardbare grenzen. Deze zijn voor Vlaanderen terug te vinden in de 'richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik'.³

Problematisch gebruik beschouwen we als een complex proces dat verloopt in stadia en soms maar lang niet altijd evolueert naar een stoornis zoals misbruik of afhankelijkheid aan een middel. Problemen en/of schade die gepaard gaan met het gebruik van een middel kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn en worden beïnvloed door de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van gebruik, de combinatie met andere producten, eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. Problemen en/of schade kunnen evolueren en variëren in verschillende graden van ernst tot een 'aan een middel gebonden stoornis' zoals misbruik en afhankelijkheid⁴. Voor meer informatie verwijzen we naar het VAD-dossier 'Vroeginterventie' (Verstuyf, 2007).

³ Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en definitie voor bingedrinken. (VAD, 2009). Zie www.vad.be.

⁴ Begrippen in de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

Bij 'misbruik van een middel' is er sprake van een dermate ernstig druggebruik dat er problemen ontstaan bij het uitvoeren van de belangrijkste levenstaken, dat er gevaarlijke activiteiten ondernomen worden, of dat er juridische en sociale problemen ontstaan.

'Afhankelijkheid van een middel' slaat op een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit minstens drie van de zeven criteria (in een periode van twaalf maanden): tolerantie, onthoudingsverschijnselen, meer gebruiken dan men van plan was, tevergeefs willen stoppen of minderen, veel tijd nodig hebben om te herstellen van de effecten van het middel, verminderen van sociale of beroepsmatige activiteiten en doorgaan met gebruiken ondanks weten van problemen door gebruik. (Voor de volledige definities, zie DSM IV-TR, APA, 2006.)

1.2. De omvang van middelenproblemen

Het gebruik van psychoactieve middelen betekent een aanzienlijke belasting van de volksgezondheid. Tabak, alcohol en illegale drugs prijken in de top tien van de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2002). In Europa is tabak naar schatting verantwoordelijk voor 17,9% van alle sterfgevallen en voor 10,7% van de globale ziektelast. Dit cijfer wordt gemeten als het aantal jaren dat de persoon met een ziekte leeft (Disability Adjusted Life Years - DALY of verlies aan gezonde levensjaren). Alcohol staat in voor 1,6% van de sterfgevallen en 6,7% van de DALY's. Illegale drugs zijn verantwoordelijk voor 0,4% van de sterfgevallen en 2,1% van de DALY's. Het injecteren van middelen gaat met extra risico's gepaard, met name op hiv-besmetting en andere bloedoverdraagbare ziektes als gevolg van het delen van injectiemateriaal.

Naast gezondheidsproblemen kan (overmatig) middelengebruik ook leiden tot sociale, financiële en gerechtelijke problemen, in verschillende graad van ernst.

Meer informatie over middelengerelateerde problemen vindt u in de bijlagen C en D, de feedbackkaarten voor de cliënten, op www.druglijn.be en www.tabakstop.be.

We geven hier een kort overzicht van een aantal beschikbare cijfers over middelengebruik in Vlaanderen en België. Hiervoor baseren we ons op de gezondheidsenquête die werd afgenomen in 2008 door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bij mannen en vrouwen van vijftien jaar of ouder (Van der Heyden e.a., 2010 en Demarest, 2010).

Alcohol

- Acht op de tien Vlamingen van vijftien jaar of ouder dronken het laatste jaar bier of wijn. Gemiddeld worden wekelijks tien glazen gedronken.
- 8% van de Vlaamse bevolking geeft een overconsumptie van alcohol aan als we uitgaan van de aanbevelingen van de WHO die een gebruik van 14 glazen voor vrouwen en 21 glazen voor mannen per week als het maximum te consumeren glazen vooropstellen.
- Het percentage dagelijkse alcoholgebruikers is 11%.
- 9% van de Vlaamse bevolking dronk het afgelopen jaar minstens een keer per week zes glazen alcohol op eenzelfde gelegenheid.
- Bij 10% van de Vlaamse bevolking is er een indicatie voor problematisch alcoholgebruik volgens het CAGE-instrument⁵.

Psychoactieve geneesmiddelen

- 16% van de Vlaamse bevolking van vijftien jaar en ouder geeft aan in de twee weken voorafgaand aan het interview één of meerdere psychoactieve geneesmiddelen gebruikt te hebben, al dan niet op voorschrift.
- Slaapmiddelen worden meer gebruikt (10%) dan kalmeermiddelen (7%) en antidepressiva (6%).

Roken

- 23% van de Vlaamse bevolking van vijftien jaar of ouder rookt. Het gaat hierbij om 19% dagelijkse rokers en 4% occasionele rokers.
- Op basis van een combinatie van het aantal sigaretten die dagelijks gebruikt worden en de tijd die verstrijkt tussen het ontwaken en de eerste gerookte sigaret werd een indicator voor

⁵ De CAGE bestaat uit vier vragen, vanaf twee positieve antwoorden is er een indicatie voor alcoholafhankelijkheid.

Cut down: Hebt u wel eens gedacht het alcoholgebruik te moeten minderen?

Annoyed: Hebt u zich ooit wel eens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw alcoholgebruik?

Guilty: Hebt u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u gedaan heeft toen u had gedronken?

Eye-opener: Hebt u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid?

afhankelijkheid berekend. In België kan geschat worden dat 11% van de dagelijkse rokers sterk tot zeer sterk afhankelijk is van tabak.

Cannabis

- Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in België. Het percentage van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 64 jaar dat ooit cannabis gebruikt heeft, bedraagt 13%. 5% heeft het laatste jaar cannabis gebruikt en 3% in de laatste maand.
- 28% van de respondenten die de laatste maand cannabis hebben gebruikt, deed dit op 20 dagen of meer.

Andere illegale drugs

- Wanneer we naar de prevalentie van het gebruik van andere drugs (zoals cocaïne, amfetamines en ecstasy) kijken, heeft 4% van de Vlamingen tussen 15 en 64 jaar ooit minstens één van deze drugs gebruikt. 2% gebruikte de afgelopen twaalf maanden een andere drug dan cannabis.
- Het gebruik tijdens de afgelopen twaalf maanden is zowel voor cocaïne als voor amfetamines/xtc 1% en voor opiaten 0,1%.

1.3. Belang van screening en kortdurende interventies voor middelengebruik

Het is van groot belang dat riskant of problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk gedetecteerd en aangepakt wordt. Hoe vroeger men optreedt in het proces van problematisch middelengebruik, hoe groter de perspectieven op gedragsverandering en de kans op herstel (Babor, 1996). De mogelijkheden van de betrokkene om gedragkeuzes te maken, zijn nog groter dan wanneer er sprake is van een middelengerelateerde stoornis. De relatie met de directe omgeving is ook nog niet in die mate verstoord zodat partner, ouders en vrienden een ondersteunende en beschermende rol kunnen spelen. Op die manier kan (extra) schade die zou optreden bij het verderzetten van het gebruikspatroon voorkomen worden.

Personen met een niet-problematisch druggebruik kunnen door middel van de screening aangemoedigd worden om niet méér te gaan gebruiken en geïnformeerd worden over mogelijke risico's van gebruik.

Op bevolkingsniveau zijn screening en kortdurende interventies een kostenbesparende methode om de gezondheidsbelasting ten gevolge van middelengebruik te reduceren. De WHO schat dat een vermindering van de alcoholconsumptie met 25% wereldwijd zou leiden tot een verlaging met 33% van de ziekten ten gevolge van alcohol, terwijl de voordelen van de vermindering van tabaksgebruik nog groter zouden zijn.

Er is sterke wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van screening en kortdurende interventies voor het verminderen van overmatig alcoholgebruik. Er is ook groeiend bewijs voor de doeltreffendheid van kortdurende interventies voor hoogrisicogebruik van andere drugs.

Kortdurende interventies hebben bovendien het voordeel dat ze meer aanvaardbaar zijn voor de doelgroep dan een intensievere klassieke behandeling, aangezien ze minder ingrijpend in het dagelijks leven van de gebruiker zijn.

Vanuit een 'stepped-care'-principe streven we bovendien steeds naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm die rekening houdt met de aard en de ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de cliënt. Op die manier blijft er ook meer tijd en middelen over voor personen bij wie het probleemgebruik al naar een meer ernstige vorm geëvolueerd is.

1.4. Rol van de eerstelijns

Mensen die riskant of problematisch alcohol of drugs gebruiken, worden vaak niet opgemerkt. Wanneer mensen met een afhankelijkheidsprobleem in de alcohol- en drughulpverlening terecht-

komen, is de problematiek doorgaans reeds vele jaren aanwezig. Wat alcohol betreft duurt het vaak meer dan tien jaar voor de diagnose wordt gesteld (Schuckit, 1993).

Van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis vindt slechts 16% de weg naar de hulpverlening (De Donder, 2006). Problematische middelengebruikers zoeken frequenter hulp in eerstelijnsvoorzieningen dan in alcohol- en drughulpverlening (Institute of Medicine, 1990). Bij de populatie die hulp zoekt bij professionele welzijns- en gezondheidswerkers is de kans op problematisch middelengebruik groter dan in de algemene bevolking (Royal College of Physicians, 1987).

De eerstelijnszorg is de eerste, laagdrempelige stap in de georganiseerde hulpverlening. De eerstelijns staat het dichtst bij de bevolking en heeft meestal als eerste contact met de problematiek.

Daarom is de eerstelijnszorg ideaal geplaatst om problematisch middelengebruik te detecteren, in te schatten en door te verwijzen indien een diepgaande begeleiding nodig is. Bovendien is er vaak al een vertrouwensrelatie met de cliënt (en het gezin) opgebouwd en is de werking laagdrempelig en niet-stigmatiserend. Op de eerstelijns bevinden zich onder meer de huisartsen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Diensten voor Thuisverpleging en de Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk (OCMW). Deze bereiken een groot deel van de bevolking, waardoor het mogelijk wordt om meer mensen in een vroeg stadium van hun gebruik te bereiken.

Mensen die riskant of problematisch alcohol of drugs gebruiken worden echter nog vaak niet opgemerkt in de eerstelijnszorg.

Screening integreren in de eigen werking

Wanneer men screening en kortdurende interventies wil implementeren in een CAW of OCMW is een belangrijke vraag welke cliënten men gaat screenen (zie ook p. 13).

Het afnemen van een screeningsinstrument kan een onderdeel zijn van de intakeprocedure zodat alle nieuwe cliënten gescreend worden. Men kan ook opteren voor een meer gerichte screening bij cliënten met risicofactoren voor problematisch middelengebruik of wanneer men door een aantal signalen (problematisch) middelengebruik vermoedt.

Ook welk gevolg men aan een bepaald resultaat zal geven, dient vooraf uitgeklaard te worden. In hoeverre neemt men de begeleiding rond het middelengebruik zelf op en wanneer verwijst men door naar een externe (alcohol- en drugspecifieke) dienst?

Voor men aan de slag kan gaan met de ASSIST (en andere screeningsinstrumenten) is het belangrijk dat de betrokken medewerkers het instrument en de interventie grondig leren kennen. Afhankelijk van de voorkennis van de medewerkers kan ook vorming over motiverende gespreksvoering nodig zijn om zich de motiverende houding en gesprekstijl eigen te maken.

Screening staat bovendien niet op zich, maar is een element van een globale aanpak van alcohol- en andere drugproblemen. In een alcohol- en drugbeleid tekent een organisatie uit hoe ze omgaat met de alcohol- en drugthematiek. Een beleid vertrekt vanuit een welbepaalde visie op de thematiek die samenhangt met de algemene visie en de opdracht van de organisatie. Een beleid bestaat verder uit vier pijlers: (1) regelgeving, (2) begeleiding, (3) informatie en vorming en (4) structurele maatregelen. De vier pijlers zijn belangrijk en complementair aan elkaar.

Voor informatie over hoe een alcohol- en drugbeleid te ontwikkelen binnen de organisatie verwijzen we naar de brochure 'Een alcohol- en drugbeleid op de sociale dienst van het OCMW'⁶.

⁶ Een alcohol- en drugbeleid op de sociale dienst van het OCMW. Baeten, I. (VAD, 2010).

2. De ontwikkeling van de ASSIST en de Nederlandse vertaling

De ASSIST werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ontwikkeld voor de eerstelijnszorg. Uit onderzoek in verschillende landen bleek de ASSIST een betrouwbaar en valide screeningsinstrument, geschikt voor gebruik in verschillende culturen.

De kortdurende interventie gelinkt aan de ASSIST bleek effectief in het doen verminderen van druggebruik en gerelateerde risico's.

De ASSIST werd vertaald en aangepast aan de Vlaamse context volgens de richtlijnen van de WHO gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur ter zake. De vertaling gebeurde in samenwerking met het Departement Gezondheidspromotie van Universiteit Maastricht, de Vakgroep Orthopedagogiek van de UGent en het Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde van de KULeuven.

In bijlage F leest u meer over de ontwikkeling en de vertaling van de ASSIST.

3. Wat bevraagt de ASSIST?

De ASSIST bestaat uit acht vragen.

Vragen 1 tot 7 gaan over het gebruik van en problemen met tabak, alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, vluchtige snuifmiddelen, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen en opiaten. Alle bijkomende middelen die niet in deze lijst zijn opgenomen, vallen onder de categorie 'andere'.

Vraag 1 bevraagt welke middelen de cliënt ooit tijdens zijn leven heeft gebruikt. Het gaat over niet-voorgeschreven gebruik. Hiermee wordt het gebruik van middelen bedoeld die niet door een arts werden voorgeschreven. Ook het gebruik van medicatie op voorschrift, in grotere hoeveelheden, frequenter of op een andere manier dan voorgeschreven, wordt bevraagd (zie p. 14).

Vraag 2 informeert naar de gebruiksfrequentie tijdens de afgelopen drie maanden. Dit geeft een indicatie over de middelen die het meest relevant zijn voor de huidige situatie van de cliënt.

Vraag 3 gaat over hoe vaak de cliënt een sterke drang of verlangen heeft ervaren om een middel te gebruiken tijdens de laatste drie maanden. Dit is een indicatie van psychische afhankelijkheid.

Vragen 4 tot 6 refereren naar de mate waarin de cliënt problemen ondervindt of heeft ondervonden door zijn gebruik.

Vraag 4 bevraagt hoe vaak de cliënt gezondheids-, sociale-, gerechtelijke of financiële problemen heeft ondervonden door zijn middelengebruik tijdens de afgelopen drie maanden.

Vraag 5 bevraagt hoe vaak het gebruik van elk middel de cliënt heeft belemmerd om zijn verantwoordelijkheden op te nemen tijdens de laatste drie maanden.

Vraag 6 refereert dan weer naar de middelen die de cliënt ooit heeft gebruikt en vraagt of iemand ooit zijn bezorgdheid heeft geuit over het middelengebruik van de cliënt en of dat onlangs is gebeurd.

Vraag 7 informeert of de cliënt ooit tevergeefs geprobeerd heeft om zijn middelengebruik af te bouwen of stop te zetten en zo ja, hoe recent deze poging is. Het gaat wel degelijk over de laatste mislukte poging om te minderen of te stoppen, met geslaagde pogingen wordt geen rekening gehouden. Dit is ook een indicatie voor controleverlies over het gebruik, een element van afhankelijkheid.

Deze vragen geven samen aanwijzingen over de mate waarin iemand risico loopt op problematisch middelengebruik of al problemen ondervindt door zijn gebruik. Scores in het middenbereik van de ASSIST zijn een indicatie voor riskant of problematisch gebruik. Een hoge score op de ASSIST is een indicatie voor afhankelijkheid.

- Riskant gebruik is een gebruikspatroon van een psychoactief middel dat het risico op schadelijke gevolgen voor de gebruiker verhoogt.
- Schadelijk/Problematisch gebruik is een gebruikspatroon van psychoactieve middelen dat schadelijk is voor de fysieke en geestelijke gezondheid van de gebruiker.
- Afhangelijkheid van alcohol of andere drugs neemt meestal toe na herhaaldelijk gebruik en omvat een reeks symptomen waaronder bijvoorbeeld een sterk verlangen om het middel te gebruiken, verminderde controle over het gebruik ervan, aanhoudend gebruik van het middel, zelfs wanneer het schade aanricht, verhoogde tolerantie voor de effecten van het middel en ontwenningssverschijnselen wanneer het gebruik wordt afgebouwd of stopgezet.

Vraag 8 gaat over het injecterend gebruik en bevraagt of de cliënt ooit drugs bij zichzelf heeft ingespoten. Injecteren wordt afzonderlijk behandeld omdat het een bijzonder hoog risico inhoudt, met name op afhankelijkheid, door bloed overgedragen virussen zoals hiv en hepatitis C en andere ernstige druggerelateerde problemen.

Deel II Het gebruik van de ASSIST

In dit deel bespreken we bij wie u de ASSIST kunt afnemen en hoe u het screeningsinstrument afneemt en scoort. Vervolgens lichten we toe hoe u de resultaten kunt interpreteren en met de cliënt bespreken en hoe u een kortdurende interventie kunt doen.

1. Bij wie en wanneer de ASSIST afnemen?

Middelenproblemen kunnen zichtbaar worden op verschillende levensdomeinen, bijvoorbeeld via relationele problemen, gezondheidsproblemen, financiële problemen.

Op basis van de waargenomen signalen kan een vermoeden van (problematisch) middelengebruik ontstaan. Het gebruik van een screeningsinstrument kan helpen om dit vermoeden te bevestigen, een inschatting te maken van de ernst van het probleem en het bespreekbaar te maken.

De afname van de ASSIST kan ook een onderdeel zijn van de intakeprocedure zodat alle nieuwe cliënten gescreend worden. Idealiter wordt de screening herhaald bij cliënten die langdurig in begeleiding zijn of bij hernieuwd contact.

Een tussenweg is te opteren voor een gerichte screening bij cliënten met risicofactoren voor problematisch middelengebruik. Wanneer u enkel personen screent waarvan u al vermoedt dat ze een middelenprobleem hebben, zal u waarschijnlijk een aanzienlijk aantal cliënten met riskant en problematisch gebruik over het hoofd zien.

De afname van de ASSIST is een hulpmiddel om het gebruik bespreekbaar te maken. Maar ook wanneer alcohol- en drugproblemen al bespreekbaar zijn, kan screening helpen om een inschatting te maken van de ernst van middelengebruik en de nood aan verdere hulpverlening. De cliënt krijgt op die manier ook zelf meer inzicht in zijn gebruikspatroon en de risico's die eraan verbonden zijn.

Maak een inschatting van wanneer een goed moment is om de screening te introduceren en af te nemen. Cliënten die onder invloed zijn, zijn niet in staat om betrouwbare antwoorden te geven. De screening gebeurt dan best op een later moment. Ook bij een crisissituatie is het niet aangewezen om een screeningsinstrument af te nemen.

2. Afnemen van de ASSIST

2.1. Introductie van de afname

Bij de introductie van de eigenlijke afname licht u kort toe wat de **motivatie** voor de afname is, ook als u dit voordien met de cliënt al heeft besproken. Wanneer iedereen gescreend wordt, wordt de afname ook als dusdanig aangebracht. Het is een onderdeel van de normale manier van werken. Wanneer u naar aanleiding van bepaalde signalen of risicofactoren wil screenen, benoem dan duidelijk en concreet wat deze signalen en risicofactoren zijn.

Licht de **inhoud** van de ASSIST toe. Op de vragenlijst staat een voorbeeldintroductie. U kunt de verwoording aanpassen op maat van de cliënt. Geef de antwoordkaart (bijlage B) aan de cliënt. Deze kaart is een handig hulpmiddel bij de afname. Ze bevat een lijst met de middelencategorieën met telkens een reeks productnamen. De benamingen op de kaart zijn de meest gebruikte termen in ons taalgebied. De antwoordkaart bevat ook de antwoordmogelijkheden van de verschillende vragen.

- Leg uit welke middelen in de vragenlijst zijn opgenomen. Bespreek met de cliënt welke benamingen hij gebruikt om specifieke drugs te omschrijven en gebruik zijn terminologie.
- Licht toe dat de vragen zullen gaan over het ooit-gebruik en het gebruik tijdens de laatste drie maanden.
- Verduidelijk dat het gaat over niet-voorgeschreven gebruik. Met andere woorden: gebruik van middelen die niet door een arts voorgeschreven werden. Ook het gebruik van medicatie op voorschrift in grotere hoeveelheden, frequenter of op een andere manier dan voorgeschreven wordt bevraagd. Ten slotte wordt ook gevraagd naar gebruik met een andere intentie dan de bedoeling was. Verduidelijk dit met een voorbeeld.

'Bijvoorbeeld voorgeschreven Rilatine gebruiken om wakker te blijven in plaats van om je te concentreren; pillen inspuiten in plaats van slikken; een voorgeschreven slaapmiddel gebruiken om tot rust te komen na gebruik van een opwekkend middel in plaats van om in te slapen; gebruik van voorgeschreven medicatie om zijn prestaties te verbeteren of om een euforisch gevoel te bekomen.'

Om tot zinvolle resultaten te komen, is het belangrijk om voor een **veilig kader** te zorgen. Hoewel deze zaken mogelijk al aan bod zijn gekomen in een eerder gesprek met de cliënt of evident lijken, kan het nuttig zijn om nog eens te beklemtonen dat:

- de resultaten vertrouwelijk zijn. Vooral bij illegaal druggebruik kan dit belangrijk zijn. Maak concreet wat dit betekent voor de communicatie naar het team en eventuele andere betrokkenen en bewaring van de gegevens in het dossier.
- de resultaten enkel gebruikt worden om de cliënt verder te ondersteunen en te begeleiden, niet om hem te sanctioneren of om bepaalde hulpverlening uit te sluiten of op te leggen.
- u zich voor de verdere begeleiding, niet alleen op de ASSIST zal baseren, maar dat de vragenlijst enkel een hulpmiddel is om, samen met de cliënt, een beter beeld te krijgen van zijn situatie. Spreek af dat u de resultaten na afname zal toelichten en dat de cliënt de kans zal krijgen om zijn kijk erop weer te geven.
- de resultaten de cliënt een beter zicht kunnen geven op zijn eigen gebruik en de eraan verbonden risico's.

Een veilig kader creëren betekent ook dat men zich open en onbevooroordeeld opstelt en begrip en empathie toont naar de cliënt toe. Belangrijk is niet af te keuren of te beschuldigen. De houding van de hulpverlener is een belangrijke factor die bepaalt of de cliënt zich open opstelt of sociaal wenselijk antwoordt en zijn gebruik minimaliseert.

Voor cliënten met een druggebruik dat bij wet of door hun cultuur of religie verboden is, kan het nodig zijn om dit verbod te erkennen en hen aan te sporen eerlijke antwoorden te geven over hun gebruik. Bijvoorbeeld:

'In je omgeving wordt misschien gedacht dat je geen alcohol of illegale drugs mag gebruiken, maar om in te schatten hoe we je het best kunnen begeleiden, is het belangrijk om meer zicht te krijgen op je gebruik.'

Sommige cliënten kunnen het moeilijk vinden om hun middelengebruik expliciet te bespreken met een hulpverlener. Mogelijk zijn zij meer geneigd om hun druggebruik te minimaliseren in een gesprek dan wanneer ze een vragenlijst invullen. De mondelinge afname heeft echter ook een aantal voordelen. De ASSIST kan worden afgenomen bij cliënten met een laag niveau van geletterdheid. De hulpverlener kan vragen toelichten die de cliënt niet goed begrijpt en kan doorvragen om inconsistente of onvolledige antwoorden te verduidelijken. De ASSIST kan worden afgenomen als een onderdeel van een gesprek. Momenteel is de ASSIST enkel gevalideerd voor gebruik tijdens een interview. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of de test geschikt is voor schriftelijke zelfafname.

In de leidraad 'Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?' vindt u meer informatie over hoe u middelengebruik bespreekbaar kunt maken zonder weerstand bij de cliënt uit te lokken.

2.2. Afname van de ASSIST-vragen

Aandachtspunten bij de afname

Om tot een correcte score te komen, is het belangrijk dat de cliënt de vragen begrijpt zoals ze bedoeld zijn. U mag de vragen herformuleren en de cliënt vragen wat hij onder de begrippen verstaat. U kunt zelf voorbeelden geven van de vermelde begrippen, aangepast aan de situatie van de cliënt, als dit nodig is. Vraag ook door wanneer antwoorden niet in overeenstemming lijken met eerdere antwoorden, om u ervan te verzekeren dat de cliënt de vraag goed begrijpt.

Uit de begripbaarheidstest blijkt dat vooral bij volgende vragen soms toelichting nodig is.

- Vraag 1: Herinner de cliënt eraan dat het gaat over alle niet-voorgeschreven middelengebruik (zie toelichting bij de introductie van de afname).
Geef verschillende voorbeelden van 'andere drugs'. Noem hierbij zeker GHB (vaak 'vloeibare xtc' genoemd) en daarnaast ook andere middelen zoals bijvoorbeeld khat. Indien de cliënt ooit een ander middel gebruikt heeft, noteer dit dan op de voorziene plaats.
- Vraag 4: U kunt de cliënt vragen wat hij onder 'problemen' verstaat. Geef indien nodig voorbeelden van gezondheids-, sociale, gerechtelijke en financiële problemen.
- Vraag 5: U kunt de cliënt vragen wat dit voor hem inhoudt 'wat normaal van u verwacht wordt'. U kunt dit toelichten op maat van de cliënt, bijvoorbeeld:
 - 'Met "Wat normaal van u verwacht wordt" wordt onder andere bedoeld op tijd aanwezig zijn op uw werk en eten maken voor jezelf en de kinderen.'
 - "Wat normaal van u verwacht wordt" betekent onder andere aanwezig zijn in het dagcentrum en meedoen met de activiteiten, eten maken voor uzelf ...'
- Vraag 7 gaat over de laatste mislukte poging om het gebruik te minderen of te stoppen, een aanwijzing van de mate van afhankelijkheid. Hierbij wordt geen rekening gehouden met gelukke stoppogingen. Als het de cliënt uiteindelijk gelukt is om zijn gebruik te veranderen, vraag dan naar de laatste mislukte poging: vond die plaats in de afgelopen drie maanden of eerder. De vraag kan indien nodig in stappen gesteld worden:
 - Hebt u ooit geprobeerd te stoppen of te minderen?
 - Is het gelukt?
 - Wanneer was de laatste keer dat u probeerde en het u niet gelukt is?

Het is belangrijk dat de hulpverlener voor afname goed weet hoe hij de antwoorden van de cliënt moet scoren. Vraag 2 tot 5 gaan over de frequentie van een bepaalde gebeurtenis gedurende de afgelopen drie maanden. De antwoordcategorieën betekenen het volgende (met vraag 2 als voorbeeld):

- Nooit (score 0): de cliënt heeft het betreffende middel geen enkele keer gebruikt in de afgelopen drie maanden.
- Een of twee maal (score 2): de cliënt heeft het middel in totaal één of twee keer gebruikt in de afgelopen drie maanden.
- Maandelijks (score 3): de cliënt heeft het middel gemiddeld één tot drie keer per maand gebruikt in de afgelopen drie maanden, dus een totaal van drie tot negen keer in die drie maanden.
- Wekelijks (score 4): de cliënt heeft het middel gemiddeld één tot vier keer per week gebruikt in de afgelopen drie maanden.
- (Bijna) dagelijks (score 6): de cliënt heeft het middel gemiddeld vijf tot zeven dagen per week gebruikt in de afgelopen drie maanden.

Opeenvolging van de vragen

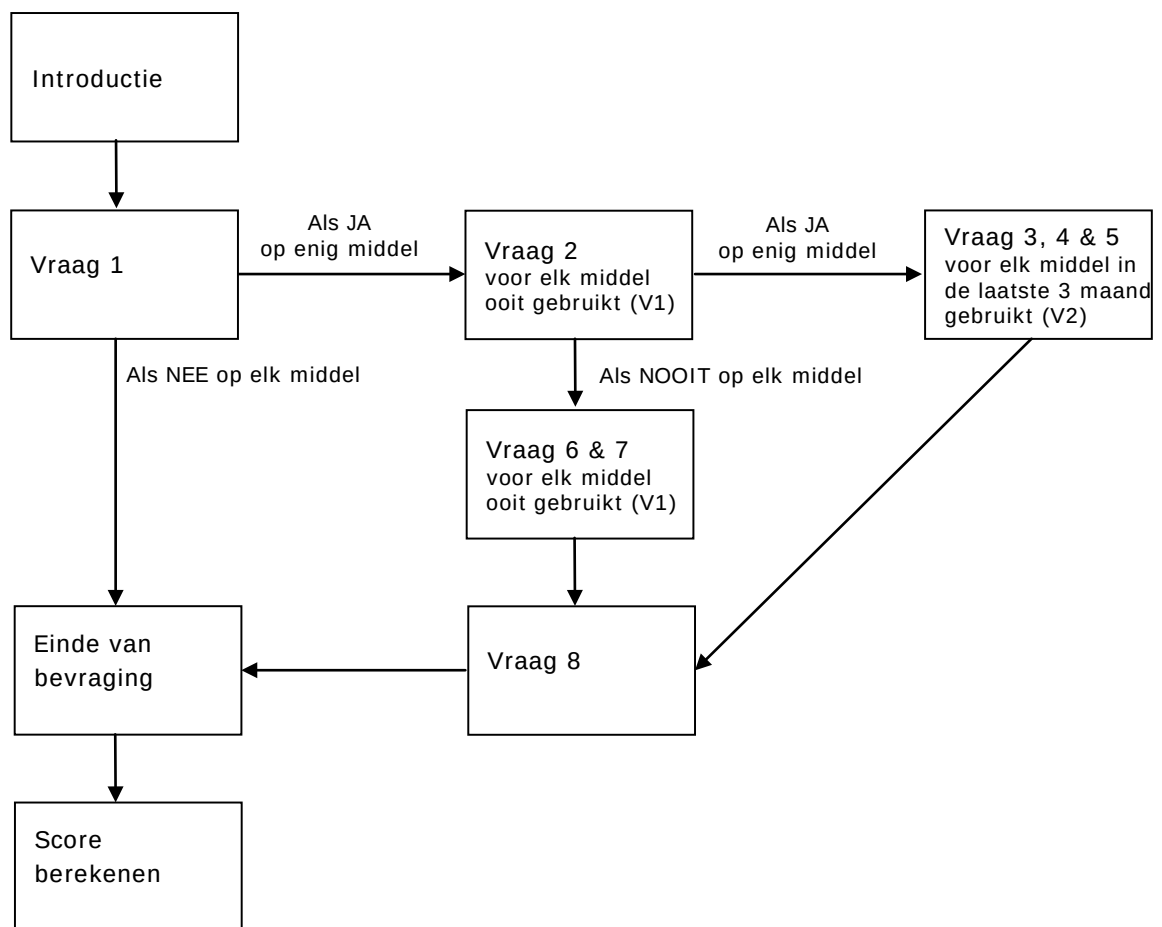
Afhankelijk van de antwoorden van de cliënt kunnen sommige vragen weggelaten worden en het gesprek ingekort. De vragenlijst bevat instructies om de hulpverlener hier tijdens het gesprek aan te herinneren. Soms herinnert een extra vraag eraan om door te vragen.

Vraag 1 informeert naar het middelengebruik tijdens de levensloop, met andere woorden de drugs die de cliënt ooit heeft gebruikt, zelfs als dat maar één keer is. Deze vraag moet aan elke cliënt voor alle vermelde middelen gesteld worden. Indien de cliënt 'Nee' antwoordt op elk middel, stelt de interviewer een controlevraag: *'Ook niet toen u op school zat?'* Als het antwoord nog steeds 'Nee' luidt voor alle middelen, wordt het interview gestopt.

Als de cliënt op vraag 1 'Ja' antwoordt voor minstens één van de middelen, ga dan door naar vraag 2. Deze informeert naar het middelengebruik tijdens de afgelopen drie maanden en moet worden gesteld voor elk van de ooit gebruikte middelen. Indien het antwoord op vraag 2 'Nooit' is voor alle producten (met andere woorden, de cliënt heeft tijdens de afgelopen drie maanden geen enkel middel gebruikt), ga dan verder met vraag 6. Indien één middel of meer gebruikt is tijdens de laatste drie maanden, ga dan verder met vragen 3, 4 en 5 voor elk van de gebruikte middelen. Merk op dat vraag 5 niet wordt gesteld voor tabak omdat het onwaarschijnlijk is dat tabak het opnemen van verantwoordelijkheden zou ondermijnen.

Aan alle cliënten die ooit een middel hebben gebruikt (vraag 1) moeten de vragen 6, 7 en 8 worden gesteld. Vragen 6 en 7 moeten worden gesteld voor elk middel dat ooit werd gebruikt.

Figuur 1: Afname van de ASSIST



Indien u werkt met een schriftelijke vragenlijst vul dan steeds alle antwoorden in, ook indien het middel niet gebruikt wordt (score '0'). Op deze manier vermijdt u achteraf fouten bij de berekening van de score. Een elektronische vragenlijst, waarbij de score automatisch wordt berekend, is beschikbaar op de VAD-website (www.vad.be).

3. Het berekenen van de scores

Op basis van de antwoordscores kan per middel een risicoscore worden berekend.

De risicoscores per middel geven een inschatting van het gebruik gedurende de laatste drie maanden en (het risico op) eraan gerelateerde problemen. Een cliënt kan tot 10 risicoscores hebben afhankelijk van hoeveel verschillende middelen hij gebruikt.

De risicoscores per middel worden berekend door de antwoorden op vragen 2-7 samen te tellen voor elk van de volgende drugcategorieën: alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, vluchtige snuifmiddelen, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, opiaten en 'andere drugs' (zie Tabel 1 voor een voorbeeld). Voor tabak wordt de score op dezelfde manier berekend, maar zonder vraag 5, aangezien die niet van toepassing is bij tabaksgebruik.

De score voor elk middel wordt daarna genoteerd op de ASSIST-feedbackkaart (bijlage C).

Tabel 1: Voorbeeld: risicoscore berekenen voor cannabis

Een cliënt heeft de volgende antwoorden gegeven voor cannabis (productcategorie c):

2c	Wekelijks	Score = 4
3c	Eén/twee keer	Score = 2
4c	Maandelijks	Score = 3
5c	Eén/twee keer	Score = 2
6c	Ja, maar niet tijdens de laatste 3 maanden	Score = 3
7c	Nee, nooit	Score = 0
Risicoscore cannabis		Totaal = 14

4. Het interpreteren van de scores

4.1. Risicoscores per middel

Tabel 2: Wat betekenen de risicoscores?

Alcohol		Alle andere middelen	
0-10	Laag risico	0-3	Laag risico
11-26	Matig risico	4-26	Matig risico
27+	Hoog risico	27+	Hoog risico

Cliënten met een risicoscore van 3 of minder (10 of minder voor alcohol) lopen een laag risico op problemen door het betrokken middel. Omdat zij het middel slechts af en toe gebruiken, ondervinden ze waarschijnlijk momenteel geen problemen door hun gebruik en lopen een laag risico op (gezondheids)problemen in de toekomst als zij hun huidige gebruikspatroon blijven aanhouden.

Scores in het middenbereik van 4 (11 voor alcohol) tot en met 26 zijn een indicatie voor riskant of problematisch gebruik van dat middel. Cliënten met scores in dit bereik lopen een matig risico op problemen door hun huidig gebruikspatroon.

Een score van 27 of hoger voor om het even welk middel is een aanwijzing dat de cliënt een hoog risico loopt op afhankelijkheid van dat middel en waarschijnlijk problemen heeft ten gevolge van zijn middelengebruik.

Middelenproblemen zijn complex en er zijn heel wat factoren die het risico op gezondheids- en andere problemen door middelengebruik beïnvloeden, zoals familiegeschiedenis van middelengebruik, psychiatrische comorbiditeit, leeftijd, geslacht, socio-economische status enz. Personen die reeds eerder een middelenprobleem hadden, lopen een hoger risico. Ook combigebbruik (het gelijktijdig of kort na elkaar gebruiken van verschillende middelen) brengt extra risico's met zich mee. De interactie van de verschillende middelen leidt tot onvoorspelbare effecten die gevaarlijk kunnen zijn.

Als hulpverlener dient u dit ruimere plaatje in rekening te brengen bij de inschatting van het risico van een cliënt. Als u aanvoelt hier onvoldoende zicht op te krijgen, is dit een motivatie om door te verwijzen voor verdere assessment⁷.

4.2. Injecterend gebruik

Vraag 8 vraagt naar het recent injecteren van middelen. Het antwoord op vraag 8 wordt niet inbegrepen in de berekening van de risicoscores, maar als een aparte risicofactor beoordeeld.

Bij injecteren tijdens de laatste drie maanden, volgt een bijkomende vraag naar de regelmaat van het injecteren in die afgelopen drie maanden om de risico's te beoordelen.

Cliënten die gemiddeld meer dan vier dagen per maand drugs hebben ingespoten, lopen een zeer hoog risico op schadelijke gevolgen, waaronder afhankelijkheid, infecties en het oplopen van door bloed overgedragen virale aandoeningen als zoals hiv/aids en Hepatitis B en C. Zij hebben een intensievere behandeling nodig. Dit patroon van injecteren wijst op een evolutie naar

⁷ Assessment is intensiever dan screening en gebeurt bij individuen met positieve screening of die reeds symptomen vertonen. Het is een meer gedetailleerde beschrijving van de problemen op verschillende levensdomeinen met als doel het opstellen van een geïndividualiseerd behandelplan.

afhankelijkheid van heroïnegebruikers (meer dan wekelijks) en amfetamine-/cocaïnegebruikers (meer dan drie opeenvolgende dagen).

Cliënten die minder frequent drugs injecteren, lopen minder risico en kunnen een kortdurende interventie krijgen. Telkens dient u echter een klinische beoordeling te maken over de meest geschikte interventie op basis van de informatie waarover u op dat ogenblik beschikt. Blijf alert voor de risico's van injecterend gebruik en verwijs door naar specifieke hulpverlening bij twijfel.

Het is steeds belangrijk om deze cliënten informatie te geven over hoe ze hun risico's kunnen beperken (zie bijlage D).

5. Bespreken van de resultaten met de cliënt (feedbackgesprek) en verdere interventie

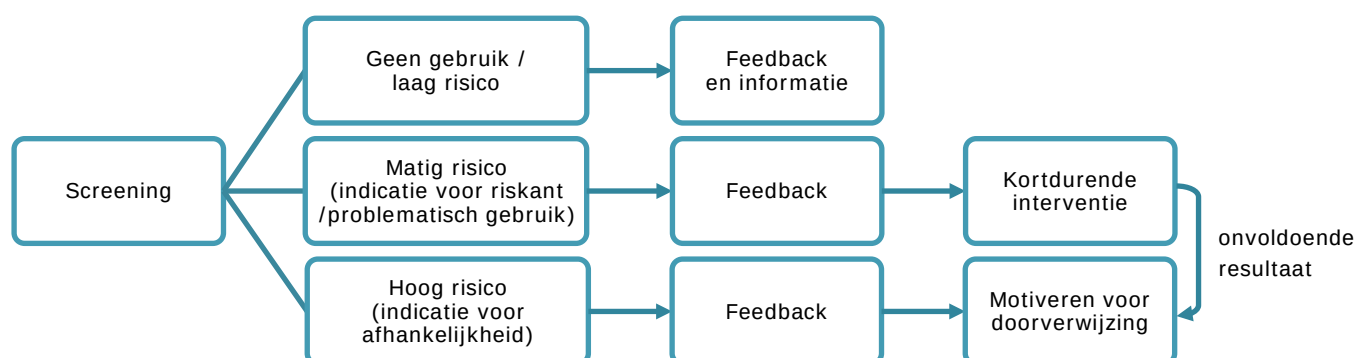
De interventie afstemmen op de resultaten

Na afname van de ASSIST dienen alle cliënten feedback te krijgen over hun scores en geïnformeerd te worden over de risico's die ze eventueel lopen door hun gebruik. Dit is het minimumniveau van interventie voor alle cliënten. Tabel 3 en figuur 2 geven per ASSIST-score aan welke interventie er volgt.

Tabel 3: De ASSIST-scores en de geschikte interventie

Tabak	
Risicoscore 0-3	→ informatie
Risicoscore 4-26	→ kortdurende interventie
Risicoscore 27+	→ intensievere behandeling [#]
Alcohol	
Risicoscore 0-10	→ informatie
Risicoscore 11-26	→ kortdurende interventie
Risicoscore 27+	→ intensievere behandeling [#]
Andere middelen	
Risicoscore 0-3	→ informatie
Risicoscore 4-26	→ kortdurende interventie
Risicoscore 27+	→ intensievere behandeling [#]
Recent injecterend druggebruik (vraag 8)	
Ja, maar niet in de afgelopen 3 m	→ informatie
Ja, in de afgelopen 3 m + occasioneel gebruik*	→ kortdurende interventie
Ja, in de afgelopen 3 m + regelmatig gebruik*	→ intensievere behandeling [#]
[#] Doorverwijzing voor verdere assessment en intensievere begeleiding naar de alcohol- en drughulpverlening of eventueel zelf op te nemen.	
* Occasioneel injecteren = gemiddeld 4 dagen per maand of minder, tijdens de laatste 3 maanden.	
Regelmatig injecteren = gemiddeld meer dan 4 dagen per maand, tijdens de laatste 3 maanden.	

Figuur 2: De ASSIST-scores en de geschikte interventie



5.1. Feedback geven aan de hand van de feedbackkaart

De 'ASSIST feedbackkaart' (bijlage C) is een handig instrument om de cliënt persoonlijke feedback te geven over het risiconiveau van zijn gebruik. Op de voorpagina van de feedbackkaart kunnen de risicoscores per middel genoteerd worden. Op de overige pagina's staat beknopte informatie over de risico's verbonden aan de verschillende middelen. U kunt er per middel het risiconiveau dat overeenkomt met de betreffende score aanvinken.

Met de 'Informatiekaart - Risico's van injecteren van drugs' (bijlage D) kunt u cliënten die injecteren feedback geven over de risico's hiervan.

U gebruikt de kaarten om feedback te geven tijdens het gesprek en geeft ze mee naar huis.

5.2. Feedback en informatie bij laagrisicoscore

Voor cliënten die voor alle middelen in het laagrisiconiveau scoren, is de interventie 'feedback geven en informeren' voldoende.

In principe hebben deze cliënten geen interventie nodig om hun middelengebruik te veranderen. Het geven van informatie over de middelen die ze al gebruikt hebben en eventueel andere is toch zinvol:

- Het verhoogt de kennis over de risico's van alcohol- en ander middelengebruik.
- Het werkt preventief door aan te moedigen niet-gebruik vol te houden of niet méér te gaan gebruiken.
- Het kan cliënten die vroeger problematisch gebruikten wijzen op de risico's verbonden aan terugval.

Hoe kan het gesprek verlopen?

1. Geef feedback over de ASSIST-scores en risiconiveau. Bijvoorbeeld:
'Deze kaart toont de resultaten van de ASSIST, de vragen die ik u gesteld heb over uw middelengebruik. (Toon de cliënt de eerste pagina van de ASSIST-feedbackkaart.) Je ziet dat je een laagrisicoscore hebt voor elk middel. Dit betekent dat u waarschijnlijk geen problemen zal ondervinden als u uw huidige gebruikspatroon verderzet.'
2. Benadruk dat wat hij doet zijn verantwoordelijkheid is en moedig de cliënt aan om niet méér te gaan gebruiken.
Hou er rekening mee dat het in uitzonderlijke gevallen mogelijk is dat iemand met riskant of problematisch gebruik toch een lage score heeft (vals negatieven).
3. Vraag of de cliënt verdere informatie wenst voor zichzelf of voor anderen in zijn omgeving. Geef de cliënt de feedbackkaart mee naar huis en andere informatie als hij dat wenst. Vertel de cliënt dat hij steeds bij u terecht kan met vragen. U kunt ook de gegevens van hulplijnen meegeven: De DrugLijn (078/15 10 20 en www.druglijn.be) en de Tabakstop Lijn (0800 111 00 en www.tabakstop.be). Hier kan de cliënt anoniem terecht voor informatie en hulp.

5.3. Kortdurende interventie bij matigrisicoscore of occasioneel injecteren

Cliënten met een ASSIST-score binnen het matigrisicobereik voor een of meerdere middelen (en geen score in het hoogrisicobereik) krijgen een kortdurende interventie. Ook cliënten die in de afgelopen drie maanden drugs hebben ingespoten, maar gemiddeld niet meer dan vier dagen per maand (minder dan een keer per week en nooit gedurende drie of meer opeenvolgende dagen) krijgen een kortdurende interventie. Hen geeft u de informatiekaart 'Risico's van injecteren van drugs' mee.

Het is belangrijk de interventie af te stemmen op het gebruikspatroon en specifieke problemen van de cliënt. U dient ook rekening te houden met zijn bereidheid om te veranderen (motivatie). Zo

kunt u, als de cliënt nog nooit stilgestaan heeft bij de risico's van zijn gebruik, nog niet ingaan op hoe hij verandering kan aanpakken.

De manier waarop de interventie gebeurt, zal beïnvloeden hoe de cliënt erop reageert. Uit het onderzoek naar kortdurende interventies (brief interventions) komen een aantal gemeenschappelijke elementen naar voren die bijdragen tot de effectiviteit. Deze worden samengevat in het acroniem FRAMES: Feedback (feedback) Responsibility (verantwoordelijkheid), Advice (advies), Menu of options (keuzemogelijkheden), Empathy (empathie) en Self efficacy (persoonlijke effectiviteit).

Tabel 4: FRAMES

Feedback (feedback)
Responsibility (verantwoordelijkheid)
Advice (advies)
Menu of options (keuzemogelijkheden)
Empathy (empathie)
Self efficacy (persoonlijke effectiviteit)

Behalve feedback en advies bestaat FRAMES uit de basisprincipes van motiverende gespreksvoering. Dit is een gesprekstijl om de interne motivatie te bevorderen wanneer cliënten nog weinig of niet bereid zijn om hun gebruik (of ander gedrag) te veranderen. Voor meer toelichting over hoe gedragsverandering verloopt en hoe u de principes van motiverende gespreksvoering kunt toepassen, verwijzen we naar de leidraad 'Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?'⁸

Feedback

Het geven van *persoonlijke feedback* is een kernelement van een kortdurende interventie. De feedback kan informatie bevatten op basis van een screeninginstrument zoals de ASSIST, informatie over risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon van de cliënt en algemene informatie over risico's van middelengebruik. Indien de problemen van de cliënt te maken (kunnen) hebben met middelengebruik is het belangrijk om hem te informeren over dit verband.

Feedback kan ook een vergelijking inhouden tussen de gebruikspatronen en -problemen van de cliënt en de gebruikspatronen en middelenproblemen die gemiddeld voorkomen bij mensen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht (*normatieve feedback*). Op die manier kan de cliënt het eigen gebruik hiermee vergelijken en zijn beeld over 'de norm' bijstellen. Het is namelijk bekend dat personen die zelf gebruiken het druggebruik bij leeftijdsgenoten overschatten.

Bij het geven van informatie is het belangrijk dit op een neutrale manier te doen en zo veel mogelijk de cliënt conclusies te laten trekken naar zijn persoonlijke situatie. Bijvoorbeeld '*Herken je dit? Wat betekent dit voor jou? Wat vind je daarvan?*' Een valkuil is de cliënt te proberen overtuigen dat hij een probleem heeft.

Verantwoordelijkheid

Een sleutelprincipe van interventie bij middelengebruikers is het erkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en dat ze keuzes kunnen maken over hun middelengebruik. De boodschap '*Wat u met uw middelengebruik doet, is uw beslissing.*' en '*Niemand kan u veranderen of voor u beslissen.*' laat de cliënt de controle over zijn gedrag en de gevolgen ervan behouden. Dit gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering. Wanneer iemand het gevoel krijgt dat zijn keuzevrijheid beperkt wordt, bijvoorbeeld als de hulpverlener de

⁸ Claessens, J. (VAD, 2010).

cliënt vertelt wat 'het probleem' is (en wat dan de beste oplossing is), dan lokt dit weerstand tegen verandering uit. (*'Niemand moet mij gaan vertellen wat ik moet doen!'*) Dit is niet typisch voor mensen die middelen gebruiken. Door de verantwoordelijkheid (en keuze, zie Keuzemenu) bij de cliënt te laten, vermijdt u deze weerstand.

Advies

Cliënten zijn zich vaak niet bewust dat hun huidige patroon van middelengebruik zou kunnen leiden tot gezondheids- of andere problemen of dat het bestaande problemen zou kunnen verergeren. Duidelijk advies dat de cliënt door het veranderen van zijn middelengebruik de risico's kan vermijden of verminderen, vergroot het bewustzijn over zijn persoonlijke risico's en de motivatie om zijn gedrag te veranderen.

Keuzemenu met alternatieve veranderingsopties

Effectieve kortdurende interventies bieden de cliënt een aantal alternatieve strategieën om zijn middelengebruik te veranderen (stoppen, minderen, het beperken van risico's ...). Zo kan de cliënt de methode kiezen die het meest aansluit bij zijn situatie en die hem het meest aanspreekt. Zelfhulpboekjes, online zelfhulp, zelfhulpgroepen, online hulpverlening, ambulante begeleiding en opname zijn verschillende mogelijke strategieën. Het voorzien van keuzemogelijkheden versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen en helpt de motivatie van de cliënt om te veranderen te vergroten.

Empathie

Even belangrijk is een warme, empathische en begrijpende houding. Dit is cruciaal voor hoe de cliënt de interventie ervaart en erop reageert. Is de hulpverlener aanvaardend en respectvol, niet veroordelend of beschuldigend, dan creëert hij voor de cliënt de veiligheid om naar zichzelf te kijken en zijn gedrag in vraag te stellen.

Persoonlijke effectiviteit

Het laatste element van een effectieve, kortdurende interventie bestaat erin het vertrouwen van de cliënt te versterken dat hij in staat is zijn gedrag te veranderen. Personen die geloven dat ze kunnen veranderen zijn meer geneigd en in staat om hun gedrag te veranderen, dan zij die zich machteloos of hulpeloos voelen om iets te ondernemen. Het geloof van de hulpverlener in de veranderingsmogelijkheden van de cliënt is hiervoor cruciaal en werkt als een *self-fulfilling prophecy*. De hulpverlener geeft ook aandacht voor wat goed gaat en de (kleine) stappen die de cliënt al onderneemt.

De kortdurende interventie kan als volgt verlopen:

1. Vraag de cliënt of hij **geïnteresseerd** is in de resultaten van de ASSIST.
Een goede manier om de kortdurende interventie in te leiden is: *'Hebt u interesse om het resultaat van de vragenlijst te bespreken?'* Deze vraag creëert een opening voor de kortdurende interventie. De cliënt kan kiezen wat er verder gebeurt en de weerstand vermindert. Een positief antwoord geeft u de toelating om de risico's van het middelengebruik te bespreken. Meestal zullen cliënten hier op in willen gaan. Respecteer de keuze van de cliënt indien hij dit niet wil en geef aan dat hij het thema later kan bespreken.
2. Geef **gepersonaliseerde feedback**. Overloop eerst de risicoscores voor de verschillende middelen. Licht toe wat een laag, matig of hoog risico betekent (zie de definities onderaan de eerste pagina van de feedbackkaart, bijlage C). Bijvoorbeeld: *'Uw score voor cannabis is 18, dit is een matigrisicoscore. Een matig risico wil zeggen dat uw huidig gebruikspatroon kan leiden tot gezondheids- en andere problemen.'*

Bespreek vervolgens de risico's van de middelen met een matig of hoog risico. Dit kan door de lijst van mogelijke gevolgen van gebruik (feedbackkaart pagina 2 tot 4) samen met de cliënt te overlopen en toe te lichten. De risico's staan opgelijst van minst tot meest ernstig. Sommige

risico's treden al op korte termijn bij beperkt gebruik op, andere bij regelmatig gebruik, op langere termijn. Meer informatie over de middelen vindt u op www.druglijn.be en www.tabakstop.be. Ook over de 'andere drugs' die de cliënt mogelijk noemt en die niet in de feedbackkaart opgenomen zijn (zoals bijvoorbeeld GHB) vindt u informatie via De DrugLijn.

Een voorbeeld van gepersonaliseerde feedback voor cannabisgebruik:

'Gezien uw matigrisicoscore voor cannabis, zijn de mogelijke gevolgen van uw huidig gebruik problemen met concentratie en motivatie, angst, achtervolgingswaan, paniek, depressie, verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing, hoge bloeddruk, astma, bronchitis, en, zoals u ziet, zijn de zwaarst mogelijke gevolgen psychosen, hartziekten en chronische luchtwegaandoeningen en kankers.'

3. Geef **advies**: licht toe dat cliënt de risico's kan vermijden of verminderen door zijn gebruik te veranderen. Benadruk hierbij dat de cliënt verantwoordelijk is voor zijn eigen gedrag en zelf keuzes maakt. Bijvoorbeeld:

'U kunt uw risico op deze problemen verkleinen door uw middelengebruik te veranderen, maar u kiest zelf wat u doet. Het is uw beslissing.'

Let ervoor op dat u niet veroordelend of subjectief te werk gaat in het geven van advies. U kunt beter geen advies geven in de zin van: *'Je moet absoluut iets doen aan je alcoholgebruik!'* of *'Ik ben bezorgd over jouw cannabisgebruik.'* Cliënten kunnen zich hierdoor beschaamd, veroordeeld of bekritiseerd voelen, waardoor ze in de weerstand gaan tegen verandering. Op een objectieve manier advies geven zorgt ervoor dat de cliënt de juiste informatie krijgt om zelf een beslissing te nemen in een neutrale, ondersteunende omgeving.

4. Bevraag de ervaren **voor- en nadelen** van het gebruik. Vraag naar de gevolgen op lange en op korte termijn voor de cliënt. Stel vooral open vragen, laat de cliënt aan het woord. Door de voor- en nadelen te benoemen, kan de cliënt discrepantie ontdekken tussen zijn gedrag en voor hem belangrijke waarden en doelen. Dit is een belangrijke stap naar gedragsverandering. Het is belangrijk om zowel naar de positieve als naar de negatieve effecten van het gebruik te vragen. Door eerst naar de positieve effecten te vragen, wordt de weerstand minder.

Bijvoorbeeld:

'Mag ik u nog enkele vragen stellen over uw gebruik? Wat zijn de positieve aspecten van het gebruik van (middel)?'

Nadat de cliënt de positieve kanten van het gebruik heeft toegelicht, vraagt u naar de minder positieve kanten van het gebruik. Bijvoorbeeld:

'Kunt u enkele minder goede kanten opnoemen van het gebruik van (middel)?'

'Wat zijn de minder goede ervaringen met het gebruik van (middel) voor u?'

Indien de cliënt de minder goede ervaringen met zijn gebruik moeilijk onder woorden kan brengen, kunt u vragen welke risico's op de feedbackkaart hij herkent of door open vragen te stellen over de verschillende levensdomeinen waarop zich problemen kunnen voordien (financieel, relaties, gezondheid ...).

Stimuleer de cliënt om een afweging te maken van de positieve en negatieve aspecten.

5. **Reflecteer en vat samen** wat de cliënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik. Het reflecteren van wat de cliënt gezegd heeft over de voor- en nadelen van gebruik, is een effectieve manier om de ervaringen van de cliënt te erkennen en gedragsverandering voor te bereiden. Wanneer de cliënt het gevoel heeft dat u luistert, zal hij sneller de informatie en het advies overwegen. Door te reflecteren en samen te vatten, hebt u tevens de mogelijkheid om de minder goede aspecten van het gebruik op een veilige manier te benadrukken.

Een voorbeeld van het reflecteren van de voor- en nadelen voor de cliënt, met de nadruk op de nadelen:

'U drinkt graag alcohol omdat het u helpt om te ontspannen en de eerste glazen maken u spraakzamer en geven u wat meer vertrouwen. U hebt het echter moeilijk om na enkele glazen

te stoppen met drinken. U belandt dan in discussies en doet of zegt dingen die u zich de dag nadien beklagt. Zo belandde u vorige week op de spoeddienst omdat u gewond raakte in een vechtpartij.'

6. Geef de feedbackkaart mee naar huis. Geef aanvullende **informatie** over de middelen die de cliënt gebruikt, indien de cliënt dat wenst. Folders voor de cliënt kunt u via www.vad.be bestellen.

Geef een korte toelichting over de inhoud van het materiaal. U brengt dit best zo neutraal mogelijk en laat de cliënt de keuzevrijheid om zijn gebruik al dan niet verder te zetten.

U kunt ook de gegevens van diensten meegeven waar hij terecht kan voor meer informatie of hulp, zoals De DrugLijn (078/15 10 20 en www.druglijn.be) en de Tabakstop Lijn (0800 111 00 en www.tabakstop.be).

7. **Rond af** en vertel de cliënt dat hij steeds bij u terecht kan om zijn middelengebruik te bespreken indien hij dat wenst. Kom bij een later contact terug op het middelengebruik en vraag naar eventuele veranderingen in het gebruikspatroon.

Als de cliënt bezorgd is over zijn gebruik of bereid is om verandering te overwegen, dan kan hem verdere interventie worden aangeboden. Belangrijke elementen van deze interventie kunnen zijn:

- Verder in kaart laten brengen van het gebruik en de voor- en nadelen. Op die manier kan de cliënt meer inzicht krijgen in zijn gebruik en consequenties ervan op verschillende levensdomeinen. De hulpverlener draagt zelf geen argumenten voor verandering aan, maar versterkt uitingen van probleembesef en bezorgdheid van de cliënt door deze te reflecteren.
- Vragen naar stappen die de cliënt al ondernomen heeft om zijn gebruik te veranderen, andere veranderingen die hij al heeft gerealiseerd of over de persoonlijke kwaliteiten die hem kunnen helpen om zijn gebruik te veranderen. Ook door aandacht te geven voor wat goed gaat, versterkt de hulpverlener het vertrouwen in de eigen veranderingsmogelijkheden.
- Veranderingsdoelen en –methode helpen uitklaren. De cliënt kan kiezen voor stoppen, minderen, het beperken van risico's enzovoort. Zelfhulpboekjes, online zelfhulp, online hulpverlening, zelfhulpgroepen, ambulante begeleiding en opname zijn verschillende ondersteuningsmogelijkheden. De hulpverlener geeft informatie over de verschillende mogelijkheden (keuzemenu) en vraagt de cliënt naar zijn voorkeur. De cliënt kiest. Het is wel belangrijk in te schatten of de cliënt hier al aan toe is. Als de hulpverlener te snel gaat, lokt dit weerstand uit.
- Nodig de cliënt uit om zijn middelengebruik opnieuw met jou te bespreken als hij verdere hulp of informatie nodig heeft. Vraag naar hoe het veranderingsproces verloopt bij latere contacten.

Kortdurende interventie bij occasioneel injecteren

Ook cliënten die in de afgelopen drie maanden drugs hebben ingespoten, maar gemiddeld niet meer dan vier dagen per maand (minder dan een keer per week en nooit gedurende drie of meer opeenvolgende dagen), krijgen een kortdurende interventie. Hen geeft u de informatiekaart 'Risico's van injecteren van drugs' mee.

Deze kaart vindt u in bijlage D. Ze bevat de risico's die verbonden zijn aan het injecteren van drugs en bevat ook schadebeperkende boodschappen voor cliënten die ervoor kiezen om verder te spuiten.

Verdere begeleiding?

Motivatie is de sleutel tot verandering. Een kortdurende interventie is vaak voldoende om de cliënt in beweging te zetten om zijn gedrag (zelfstandig) te veranderen. Indien de interventie tot onvoldoende resultaat leidt kunt u de cliënt motiveren voor verdere begeleiding. U kunt dit zelf opnemen of doorverwijzen naar intensievere en eventueel alcohol- en drugspecifieke hulpverlening. Ook een doorverwijzing voor bepaalde aspecten, bijvoorbeeld diagnose- en indicatiestelling of ontwenning, is mogelijk.



5.4. Motiveren voor doorverwijzing bij hoogrisicoscore of frequent injecteren

Cliënten met een risicoscore van 27 of meer voor een of meerdere middelen en/of die regelmatig drugs hebben ingespoten tijdens de laatste drie maanden (gemiddeld meer dan vier dagen per maand) lopen een hoger risico op afhankelijkheid en hebben meer nodig dan enkel een kortdurende interventie. Deze personen hebben verdere assessment en een intensievere behandeling nodig. Afhankelijk van hoe uw dienst zijn rol afbakt, kunt u zelf verder begeleiden of hiervoor doorverwijzen naar de alcohol- en drugspecifieke hulpverlening.

Wanneer deze cliënten zich geen zorgen maken over hun gebruik of niet bereid zijn om hun gebruik te veranderen of om intensievere hulpverlening te aanvaarden, kunnen ze met een kortdurende interventie gemotiveerd worden voor verdere begeleiding.

Deze interventie kan op dezelfde manier verlopen als besproken in punt 5.3.

Hulpverleningsadressen kunt u vinden via www.rookstopaanbod.be, en via de [doorverwijsgids](#) van iDA-web voor andere middelen.

Wanneer de cliënt bij een andere dienst in begeleiding is voor zijn middelenprobleem (al dan niet op uw doorverwijzing), kunt u een belangrijke rol (blijven) spelen door de cliënt te ondersteunen.

- Volg het verloop van de begeleiding op. Vraag regelmatig aan de cliënt naar de stand van zaken, de vorderingen en de knelpunten en hoe hij zich daarbij voelt.
- Bewaak de motivatie van de cliënt. Het is mogelijk dat de cliënt de moed begint te verliezen of begint te twijfelen. Bespreek zijn twijfels, maar ook de zaken die al beter gaan. Beklemtoon bij een terugval dat dit een leermoment is.
- Bevraag hoe de omgeving reageert.
'Merken de mensen in je omgeving verandering op? Hoe reageren ze? Welk effect hebben de reacties op jou?'

Handvatten om de cliënt zelf verder te begeleiden of te ondersteunen bij externe hulpverlening vindt u in de leidraad 'Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?'⁹

⁹ Claessens, J. (VAD, 2010).

Referenties

Deze publicatie is onder meer gebaseerd op de oorspronkelijke handleidingen voor het gebruik van de ASSIST in de eerstelijnsgezondheidszorg:

Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro M. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.

Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2008). *The ASSIST-linked Brief Intervention for Problematic Substance Use: a Manual for Use in Primary Care (version 2)*. Geneva: World Health Organization.

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2008). *The Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care (Draft version 2)*. Geneva: World Health Organization.

Andere bronvermeldingen

APA (2006). *Beknpte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.

Babor, T., Higgins Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001.) *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. 2nd Edition*. Geneva: World Health Organisation.

Babor, 1996

Demarest, S. D. (2010). *Health Interview Survey, 1997-2001-2004-2008. Health Interview Survey Interactive Analysis*. Brussels: Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health.

De Donder, E. (red.). (2006). *Alcohol. Cijfers in perspectief (1994-2004)*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Edwards, G.A. (1981). *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum*. Geneva: Bulletin of the World Health Organization.

Humeniuk R., Ali, R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigoni, M.L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R.B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhiwatiwa, H.P., Poznyak, V. & Simon, S. (2008). Humeniuk R., A. R. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039–1047.

Institute of Medicine (IOM) (1990). *Broadening the Base of Treatment of Alcohol Problems*. Washington DC: National Academy Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. 2nd Edition*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.

Royal College of Physicians (1987). *A great and growing evil: the medical consequences of alcohol abuse*. London: Royal College of Physicians.

Schuckit, M.A., Schmith, T.L., Anthenelli R. & Irwin, M. (1993). Clinical course of alcoholism in 636 male inpatients, *American Journal of Psychiatry*, 150, 786-792.

Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E. en Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand*. Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie*. Brussel: VAD.

WHO ASSIST Phase II Study Group (2006). *Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and pilot brief intervention [electronic resource] : a technical report of phase II findings of the WHO ASSIST Project*. Geneva: WHO.

WHO ASSIST Phase III Study Group (2008). *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial*. Geneva: WHO.

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and Feasibility. *Addiction*, 97,1183- 1194.

WHO Brief Intervention Study Group (1996.) A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7): 948- 955.

World Health Organisation (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.

Bijlagen

In de bijlagen vindt u het materiaal voor de hulpverlener en voor de cliënt. U kunt dit kopiëren. Op www.vad.be vindt u een online versie van het screeningsinstrument. De rest van het materiaal kunt u er downloaden.

- Bijlage A Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test vragenlijst – Nederlandstalige versie (ASSIST V3.1 NL)

De ASSIST-vragenlijst is een leidraad voor de hulpverlener voor de screening.

- Bijlage B ASSIST V3.1 NL Antwoordkaart

Dit is een document van één pagina dat aan de cliënten wordt gegeven om hen te helpen bij het antwoorden.

- Bijlage C ASSIST V3.0 NL Feedbackkaart

Op de feedbackkaart vult de hulpverlener de resultaten van de ASSIST in. Aan de hand van de kaart kunt u de cliënt feedback en advies te geven over zijn middelengebruik. De kaart wordt mee naar huis gegeven. De feedbackkaart kan op A3 formaat worden gekopieerd (recto verso) en als een boekje worden gevouwen. Op de eerste pagina worden de ASSIST scores genoteerd. De volgende pagina's bevatten informatie over de specifieke gezondheids- en andere risico's verbonden aan de verschillende middelen.

- Bijlage D Informatiekaart - Risico's van injecteren van drugs

Dit is een pagina met informatie over de risico's verbonden aan injecterend druggebruik die u kunt gebruiken bij een kortdurende interventie voor cliënten die tijdens de afgelopen drie maanden occasioneel drugs hebben ingespoten (gemiddeld vier dagen per maand of minder). Ook voor cliënten die meer dan eens per week of drie of meer opeenvolgende dagen spuiten (hoog risico) bevat deze kaart nuttige informatie, maar zij hebben een intensievere behandeling nodig.

- Bijlage E Voorbeeld van een kortdurende interventie op basis van de ASSIST
- Bijlage F De ontwikkeling van de ASSIST en de Nederlandse vertaling

A. ASSIST V3.1-NL

Naam Interviewer:

Naam cliënt:

Datum:

INLEIDING (LEES VOOR AAN DE CLIËNT. U KUNT DE FORMULERING AANPASSEN OP MAAT VAN DE CLIËNT.)

"Ik ga u een aantal vragen stellen over uw ervaringen met gebruik van alcohol, tabaksproducten en andere drugs gedurende uw hele leven en in de afgelopen 3 maanden. Deze middelen kunnen gerookt, geslikt, gesnoven, ingeademd of ingespoten worden (laat de antwoordkaart zien).

Sommige van de opgesomde middelen kunnen worden voorgeschreven door een arts (zoals amfetamines, kalmeringsmiddelen en pijnmedicatie). Voor dit interview zal medicatie op voorschrift van een arts niet worden genoteerd. Wanneer u echter medicijnen neemt met een andere bedoeling dan waarvoor ze voorgeschreven zijn, vermeld ze dan wel. Vermeld voorgeschreven medicatie ook als u ze in hogere doses of vaker neemt dan voorgeschreven of als u ze op een andere manier neemt dan bedoeld was. We zijn ook geïnteresseerd in uw ervaringen met illegaal druggebruik, maar u mag er zeker van zijn dat we deze informatie als strikt vertrouwelijk zullen behandelen."

OPMERKING: GEEF DE ASSIST ANTWOORDKAART AAN DE CLIËNT, VOORALEER DE VRAGEN TE STELLEN.

Vraag 1

(Als dit een vervolg interview is, vergelijk dan de huidige antwoorden van de cliënt met de antwoorden die hij/zij gaf op vraag 1 tijdens het eerste interview. Elke afwijking moet worden bevraagd.)

Welke van de volgende middelen hebt u ooit gebruikt in uw leven? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	Nee	Ja
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	☐	☐
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	☐	☐
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	☐	☐
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	☐	☐
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	☐	☐
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	☐	☐
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	☐	☐
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	☐	☐
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	☐	☐
j. Andere – specificeer	☐	☐

Indien alle antwoorden negatief zijn, vraag verder:

"Ook niet toen u op school zat?"

Wanneer "NEE" op alle items, stop het interview.

Wanneer "JA" op één of meerdere items, stel dan vraag 2 voor elk middel dat ooit werd gebruikt.

Vraag 2

Hoe vaak hebt u de middelen die u net hebt genoemd gebruikt <u>in de afgelopen 3 maanden?</u> (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Indien “nooit” op alle items in vraag 2, ga naar vraag 6.

Indien één of meerdere middelen in de afgelopen 3 maanden werden gebruikt, stel dan de vragen 3, 4 en 5 voor elk van de gebruikte middelen.

Vraag 3

Hoe vaak had u een sterk verlangen of drang om (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) te gebruiken <u>in de afgelopen 3 maanden?</u>	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 4

Hoe vaak heeft uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) geleid tot gezondheids-, sociale, gerechtelijke of financiële problemen <u>in de afgelopen 3 maanden</u> ?	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 5

Hoe vaak bent u er <u>in de afgelopen 3 maanden</u> niet in geslaagd te doen wat normaal van u verwacht werd door het gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)					
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Stel de vragen 6 & 7 voor alle middelen die ooit werden gebruikt (met name deze vermeld in vraag 1).

Vraag 6

Heeft een vriend(in), familielid of iemand anders <u>ooit</u> zijn bezorgdheid geuit over uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	6	3
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
j. Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 7

Hebt u <u>ooit</u> geprobeerd om uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) onder controle te krijgen, te minderen of te stoppen en ervaren dat het niet lukte?	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)	0	6	3
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
j. Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 8

	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Hebt u <u>ooit</u> drugs ingespoten bij uzelf? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	☐	☐	☐

BELANGRIJKE OPMERKING:

Cliënten die in de afgelopen 3 maanden drugs hebben geïnjecteerd, moeten bevraagd worden over hun injectiegedrag om hun risicograad en de beste interventie te bepalen.

INJECTIEGEDRAG

gemiddeld 4 dagen per maand of minder in de afgelopen 3 maanden

gemiddeld meer dan 4 dagen per maand in de afgelopen 3 maanden

INTERVENTIERICHTLIJNEN

Kortdurende interventie waarbij de informatiekaart 'Risico's van injecteren' wordt overhandigd en uitgelegd

Verdere assessment en meer intensieve behandeling*

HOE EEN RISICOSCORE PER MIDDEL BEREKENEN

Tel voor elk middel (a tot j) de scores voor de vragen 2 tot en met 7 bij elkaar. Tel de scores van vragen 1 en 8 er niet bij. Bijvoorbeeld de risicoscore voor cannabis wordt als volgt berekend: **2c + 3c + 4c + 5c + 6c + 7c**

Merk op dat vraag 5 niet wordt gesteld voor tabak en de risicoscore als volgt wordt berekend: **2a + 3a + 4a + 6a + 7a**

WELK TYPE INTERVENTIE GEBRUIKT WORDT, WORDT BEPAALD DOOR DE RISICOSCORE VAN DE CLIËNT.

	Noteer risicoscore per middel	Geen interventie	Korte interventie	Meer intensieve behandeling*
a. Tabak		0 - 3	4 - 26	27+
b. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	27+
e. Amfetamines		0 - 3	4 - 26	27+
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten		0 - 3	4 - 26	27+
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen		0 - 3	4 - 26	27+
h. Hallucinogenen		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiaten		0 - 3	4 - 26	27+
j. Andere drugs		0 - 3	4 - 26	27+

GEBRUIK NU DE ASSIST FEEDBACKKAART OM DE CLIËNT FEEDBACK TE GEVEN OVER ZIJN RESULTATEN.

B. ASSIST V3.1-NL Antwoordkaart

Antwoordkaart - middelen

a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)
d. Cocaine (coke, crack, basecoke etc.)
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)
f. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus ...), ether, poppers etc.)
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)
j. Andere – specificieer

Antwoordkaart (ASSIST vragen 2 tot 5)

Nooit: niet gebruikt in de afgelopen 3 maanden

1 of 2 maal: 1 tot 2 maal in de afgelopen 3 maanden

Maandelijks: gemiddeld 1 tot 3 keer per maand in de afgelopen 3 maanden

Wekelijks: 1 tot 4 maal per week

Dagelijks of bijna dagelijks: 5 tot 7 dagen per week

Antwoordkaart (ASSIST vragen 6 tot 8)

Nee, nooit

Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden

Ja, in de afgelopen 3 maanden

C. ASSIST V3.1-NL Feedbackkaart

Naam _____ Datum _____

Risicoscores per middel

Middel	Score	Risiconiveau	
1. Tabak		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
2. Alcohol		0 – 10 11 – 26 27+	Laag Matig Hoog
3. Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
4. Cocaïne		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
5. Amfetamine		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
6. Vluchtige snuifmiddelen/inhalanten		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
7. Slaap- en kalmeringsmiddelen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
8. Hallucinogenen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
9. Opiaten		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
10. Andere drugs		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog

Wat betekenen uw scores?

Laag:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een laag risico op gezondheids- en andere problemen.
Matig:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een risico op gezondheids- en andere problemen.
Hoog:	Als gevolg van uw huidige gebruikspatroon, loopt u een hoog risico op ernstige problemen (gezondheid, sociaal, financieel, gerechtelijk, relatie). Er is een grote kans dat u afhankelijk bent.

Bent u bezorgd over uw gebruik?

a. Tabak	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig roken kan leiden tot:
	Vroegtijdig verouderen, rimpelen van de huid
	Luchtweginfecties en astma
	Hoge bloeddruk, diabetes
	Luchtweginfecties, allergieën en astma bij kinderen van rokers
	Miskramen, vroegtijdige geboorte en baby's met laag geboortegewicht bij zwangere vrouwen
	Nierziekten
	Chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Hartziekte, beroerte, vaatziekten
	Kankers

b. Alcohol	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig en overmatig alcoholgebruik leidt tot:
	Katers, agressief en gewelddadig gedrag, ongevallen en letsel
	Verminderde seksuele prestaties, vroegtijdig verouderen
	Spijsverteringsproblemen, maagzweren, ontsteking van de alvleesklier, hoge bloeddruk
	Angst en depressie, relatieproblemen, financiële en beroepsmatige problemen
	Moelijkheden om dingen te onthouden en problemen op te lossen
	Misvormingen en hersenbeschadiging bij baby's van zwangere vrouwen
	Beroerte, permanente hersenbeschadiging, spier- en zenuwbeschadiging
	Leverziekte, alvleesklierziekte
	Kankers, zelfmoord

c. Cannabis	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig en overmatig cannabisgebruik leidt tot:
	Problemen met concentratie en motivatie
	Angst, achtervolgingswaan, paniek, depressie
	Verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing
	Hoge bloeddruk
	Astma, bronchitis
	Psychose bij personen met een persoonlijke of familiegeschiedenis van schizofrenie
	Hartziekten en chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Kankers

d. Cocaïne	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig cocaïnegebruik leidt tot:
	Slaapproblemen, snelle hartslag, hoofdpijn, gewichtsverlies
	Verdooftheid, tintelen, klamme huid, huidkrabben en prutsen aan de huid
	Ongevallen en letsel, financiële problemen
	Irrationele gedachten
	Humeurwisselingen - angst, depressie, manie
	Agressie en achtervolgingswaan
	Intens hunkeren, stress door levensstijl
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Plotse dood door hartproblemen

e. Stimulerende middelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van stimulerende middelen (type amfetamine) leidt tot:
	Slaapproblemen, eetlust- en gewichtsverlies, uitdroging
	Tandenknarsen, hoofdpijn en spierpijn
	Humeurwisselingen - angst, depressie, agitatie, manie, paniek, achtervolgingswaan
	Tremoren, onregelmatige hartslag, kortademigheid
	Agressief en gewelddadig gedrag
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Permanente schade aan hersencellen
	Leverziekte, hersenbloeding, plotse dood (ecstasy) in zeldzame gevallen

f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van vluchtige snuifmiddelen/inhalanten leidt tot:
	Duizeligheid en hallucinaties, slaperigheid, desoriëntatie, wazig zicht
	Griepachtige symptomen, sinusitis, neusbloedingen
	Indigestie, maagzweren
	Ongevallen en letsel
	Geheugenverlies, verwarring, depressie, agressie
	Coördinatieproblemen, vertraagde reacties, hypoxie/zuurstoftekort
	Delirium, epileptische aanvallen, coma, orgaanbeschadiging (hart, longen, lever, nieren)
	Dood door hartstilstand

g. Slaap- en kalmeringsmiddelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen leidt tot:
	Slaperigheid, duizeligheid en verwarring Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden Misselijkheid, hoofdpijn, wankel gang Slaapproblemen Angst en depressie Tolerantie en afhankelijkheid na een korte periode van gebruik Ernstige ontwenningssymptomen Overdosis en dood wanneer gebruikt met alcohol, opiaten of andere verdovende middelen

h. Hallucinogenen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van hallucinogenen leidt tot:
	Hallucinaties (aangenaam of onaangenaam) - zien, horen, voelen, ruiken Slaapproblemen Misselijkheid en braken Verhoogde hartslag en bloeddruk Humeurwisselingen Angst, achtervolgingswaan, paniek Flashbacks Verhogen de effecten van geestelijke ziekten zoals schizofrenie

i. Opiaten	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van opiaten leidt tot:
	Jeuk, misselijkheid en braken Slaperigheid Constipatie, afbrokkelende of rottende tanden Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden Verminderde seksuele lust en prestaties Relatieproblemen Financiële en beroepsmatige problemen, wetsovertredingen Tolerantie en afhankelijkheid, ontwenningssymptomen Overdosis en dood door ademhalingsproblemen

D. Informatiekaart - Risico's van injecteren van drugs

Drugs inspuiten verhoogt het risico op problemen door middelengebruik.

Deze problemen kunnen ontstaan door:

- **Het middel**

- Als je een drug inspuit, is de kans groter dat je eraan verslaafd raakt.
- Als je amfetamines of cocaïne inspuit, is de kans op psychosen groter.
- Als je heroïne of andere verdovende middelen inspuit, is de kans op een overdosis groter.

- **Het injecteren zelf**

- Als je injecteert, kan je je huid en bloedvaten beschadigen en infecties oplopen.
- Je kan littekens, kneuzingen/blauwe plekken, zwellingen, abscessen en zweren veroorzaken.
- Je aders kunnen inklappen.
- Als je in de hals injecteert, kan je een beroerte krijgen.

- **Delen van injectiemateriaal**

- Als je injectiemateriaal (naalden en spuiten, lepels, filters enz.) deelt, is er meer kans dat je door bloed overgedragen virussen zoals hepatitis B, hepatitis C en hiv krijgt.

Het is dus veiliger niet te injecteren.

- ❖ **Als je toch injecteert, helpen volgende tips je om je risico op problemen te verminderen:**

- Gebruik steeds zuiver materiaal (bijvoorbeeld naalden en spuiten, lepels, filters enz.).
- Gebruik steeds een nieuwe naald en spuit.
- Deel geen injectiemateriaal met andere personen.
- Reinig de plaats waarin je gebruikt.
- Reinig je handen.
- Reinig de injectieplaats.
- Gebruik telkens een nieuwe injectieplaats.
- Injecteer langzaam.
- Leg je gebruikte naald en spuit in een harde doos en verwijder deze op een veilige manier.

E. Voorbeeld van een kortdurende interventie aan de hand van de ASSIST¹⁰

De cliënt, een man van 33 die samenwoont met zijn vriendin en hun zoontje, heeft op de ASSIST scores in het laagrisicobereik voor alle middelen behalve cannabis. Daarvoor heeft hij een score in de matigrisicocategorie.

Hulpverlener: Willen we de resultaten eens bekijken van de vragenlijst?

Cliënt: Ja.

Hulpverlener: Je scores voor de meeste middelen liggen in het laagrisicobereik. Dit is een aanwijzing dat je geen problemen ondervindt door deze middelen en er waarschijnlijk ook geen zal ondervinden, als je op dezelfde manier blijft gebruiken. Je score voor cannabis is twintig, wat betekent dat je een risico loopt op gezondheids- en andere problemen door je huidige gebruik. Is het goed als we samen eens bekijken wat dit wil zeggen? Jij beslist zelf wat je met deze informatie doet.

Cliënt: Ok...

Hulpverlener: (Toont de cliënt de ASSIST-feedbackkaart.) Hier staan problemen opgesomd die het gevolg kunnen zijn van cannabisgebruik. Het gaat zowel om problemen die op korte termijn optreden als problemen op langere termijn, na een langdurig regelmatig gebruik. Zoals je ziet gaat het om problemen met concentratie en motivatie, angst, humeur, paniek, achtervolgingswaan, verminderde geheugen- en probleemoplossingsbekwaamheid, hoge bloeddruk, astma en bronchitis, hart- en longziekten.

Cliënt: Kan je dat er allemaal van krijgen? Voor mij is 't gewoon iets dat me helpt ontspannen.

Hulpverlener: Cannabis helpt je ontspannen. Welke andere voordelen ervaar je aan het gebruik? Wat zijn de positieve kanten ervan?

Cliënt: Vooral als ik thuiskom van het werk, helpt het me echt om de stress van me af te gooien en de dag te vergeten. Het is ook plezant met vrienden op een feestje of tijdens het weekend omdat je je beter kunt amuseren.

Hulpverlener: Hoeveel joints rook je, laat ons zeggen, op een gemiddelde dag na het werk?

Cliënt: Hm, meestal zo'n twee, drie jointjes per avond.

Hulpverlener: En in het weekend?

Cliënt: Ja...waarschijnlijk iets meer...misschien vier of vijf, geen idee, soms ben ik de tel kwijt (lacht).

Hulpverlener: Wat zijn de minder goede kanten van cannabis?

Cliënt: Vraag dat aan mijn vriendin, zij klaagt er altijd over (lacht). Een nadeel dat ik soms ondervind, is dat mijn concentratie op het werk vermindert. Na een feestje ben ik soms vergeetachtig en moe. Als het heel erg is, kan ik niet gaan werken.

¹⁰ Leidraad 'Alcohol en drugs. Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?' (VAD, 2010).

Hulpverlener: Dus cannabis helpt je te ontspannen na het werk, maar het maakt je ook vergeetachtig en moe en soms mis je zelfs werkdagen. Je zei ook dat je vriendin niet graag heeft dat je het gebruikt, waarom denk je?

Cliënt: Ze vindt het niet leuk als ik stoned ben en zegt dat ik niks anders doe dan rondhangen en tv kijken. Ze vindt dat ik niet genoeg meehelp met het huishouden en dat zij altijd voor de baby moet zorgen. Maar ik ga heel de dag werken en 's nachts kan ik niet slapen met een baby die huult, ik ben moe!

Hulpverlener: Je vergeet dingen en vindt het moeilijk je te concentreren en je vriendin na het werk te helpen omdat je niet genoeg slaapt.

Cliënt: Wel, toch gedeeltelijk, ja. Misschien soms ook omdat ik cannabis gerookt heb...

Hulpverlener: In welke mate maak je je zorgen over de effecten van cannabis op jou?

Cliënt: Wel... ik weet het niet... het is wel wat verontrustend dat het zo'n effect heeft op mijn hersenen... ik weet het niet.

Hulpverlener: Is het ok dat we hier een volgende keer dieper op ingaan? Hier heb je alvast wat meer informatie over cannabis en de gevolgen ervan. (Geeft een brochure.)

Cliënt: Ah...OK... bedankt... ik zal het eens bekijken.

Een langere interventie kan ingaan op het belang van de relatie met zijn vriendin en kind. Dit kan een motivatie zijn om het gebruik te veranderen. De hulpverlener kan de cliënt ook vragen het verloop van een avond of een ochtend concreet te laten vertellen. Op die manier worden ook meer uitingen van probleembesef uitgelokt.

F. De ontwikkeling van de ASSIST en de Nederlandse vertaling

1. Ontwikkeling en validering van de ASSIST

De ontwikkeling van de ASSIST door de WHO bouwt verder op een vorig project om screening en kortdurende interventies voor alcohol te bevorderen. In dit kader werd de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ontwikkeld (Babor e.a., 2001). Dit gaf de aanzet voor de uitbreiding naar andere drugproblemen met gelijkaardige concepten en methodieken. Net zoals de AUDIT, is de ASSIST ontwikkeld voor de eerstelijnszorg en geschikt voor gebruik in verschillende culturen.

Betrouwbaarheid

In Fase I van het WHO ASSIST-project in 1997 en 1998 werd het screeningsinstrument (de ASSIST Versie 1.0) ontwikkeld en de betrouwbaarheid onderzocht met een test-hertest-betrouwbaarheidsstudie in Australië, India, Ierland, Israël, de Palestijnse Gebieden, Puerto Rico, het Verenigd Koninkrijk en Zimbabwe. Dit resulteerde in ASSIST Versie 2.0.

Test-hertest-betrouwbaarheid van de items van de ASSIST werd gemeten tijdens de Fase I studie. 236 mensen namen deel aan zowel de test- als de hertestinterviews. 60% van de steekproef werd geselecteerd uit de alcohol- en drughulpverlening, de overige 40% uit de eerstelijnsgezondheidszorg. 63% van de steekproef waren mannen, 34% was getrouwd of samenwonend en 61% werkte niet. De gemiddelde leeftijd was 34 jaar en de ondervraagden hadden gemiddeld tien jaar school gelopen.

Test-hertest-Kappacoëfficiënten van overeenstemming (Kappa-waarde) werden berekend voor elk type vraag (over de drugcategorieën heen) en voor elke drugcategorie. De Kappa-waarden varieerden van 0,58 tot 0,90 voor de vraagtypes en van 0,61 (kalmeermiddelen) tot 0,78 (opiaten) voor de drugcategorieën. Kappa-waarden hoger dan 0,40 worden als matig beschouwd, terwijl waarden boven 0,60 als hoog worden aanzien. De test-hertest-betrouwbaarheid van de ASSIST-vragen is daarom hoog.

Validiteit

Fase II bestond uit de ASSIST-valideringsstudie in Australië, Brazilië, India, Thailand, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Zimbabwe tussen 2000 en 2002.

De studie omvatte een kwantitatieve analyse van de concurrente validiteit, de begripsvaliditeit, de criteriumvaliditeit en de discriminante validiteit van de ASSIST.

De validiteit van de herziene ASSIST werd beoordeeld in de Fase II-studie waaraan 1047 personen deelnamen. De deelnemers werden zowel uit de eerstelijnsgezondheidszorg als de alcohol- en drughulpverlening gerekruteerd om te garanderen dat voldoende verschillende gebruikspatronen waren vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 30,4 jaar, 66% waren mannen. Volgende scores werden berekend: de risicoscores per middel (de som van de antwoorden op vragen 2-7 binnen elke drugcategorie) en de totale middelengebruikscore (de som van de scores op vragen 1-8 op te tellen over alle tien de drugcategorieën heen).

De scores van de ASSIST waren significant gecorreleerd met andere maatstaven van problematisch gebruik waaronder de MINI-Plus ($r=0,76$, $p<0,01$) en de Addiction Severity Index ($r=0,84$, $p<0,01$). Discriminatieve analyse wees uit dat de ASSIST het onderscheid kan maken tussen drie groepen:

- laagrisicogebruikers of onthouders,
- personen die risico lopen op problemen door gebruik, of die reeds problemen hebben ondervonden door hun middelengebruik,
- personen met een middelenafhankelijkheid.

De resultaten van de Fase II-studie tonen aan dat de ASSIST een geldige maatstaf vormt voor risico door middelengebruik, zowel voor specifieke middelen als voor het totale middelengebruik.



Effectiviteit van de kortdurende interventie

In de Fase II-studie werd ook een pretest georganiseerd van de kortdurende interventie met de deelnemers die positief hadden gescoord op de ASSIST. De voorlopige analyse wees uit dat de kortdurende interventie leidde tot een aanzienlijke daling van de ASSIST-scores bij een driemaandelijke opvolging. Feedback van deelnemers van de kortdurende interventie toonde aan dat ze aanvaardbaar en doeltreffend was. 64% van de deelnemers merkten op dat de kortdurende interventie hun gezondheidsgedrag positief had beïnvloed. Van deze groep meldde 57% dat ze hun druggebruik hadden verminderd en 34% verklaarde dat de interventie hun bewustzijn over druggebruik en de risico's ervan had vergroot.

In Fase III van het WHO-project werd een internationale randomized controlled trial (RCT) uitgevoerd om de effectiviteit na te gaan van de kortdurende interventie bij illegaledruggebruik (cannabis, cocaïne, stimulerende middelen of opiaten). (De effectiviteit van kortdurende interventies bij alcoholgebruik was in eerder onderzoek al vastgesteld.) De personen in de testgroep ontvingen een kortdurende interventie over het product met de hoogste risicoscore op de ASSIST. De interventie was gebaseerd op feedback (met behulp van de ASSIST-feedbackkaart), advies en motiverende gespreksvoering. Het besluit van de studie was dat de kortdurende interventie gelinkt aan de ASSIST effectief was in het doen verminderen van druggebruik en gerelateerd risico (verlaging van de ASSIST-score bij follow-up na drie maanden). Deze bevindingen werden bevestigd door de feedback van de deelnemers die bevraagd werden over de impact van de interventie.

2. Nederlandse vertaling van het ASSIST-screeningsinstrument

De Nederlandse vertaling van de ASSIST gebeurde in samenwerking met het Departement Gezondheidspromotie van Universiteit Maastricht, de Vakgroep Orthopedagogiek van de UGent en het Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde van de KULeuven.

De ASSIST werd vertaald en aangepast aan de Vlaamse context volgens de richtlijnen van de WHO gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur ter zake.

Tijdens de vertalingsfase vond in de eerste plaats een forwardvertaling van het Engels naar het Nederlands plaats. Deze gebeurde door een vertaler met een klinische achtergrond en kennis van de concepten. De vertaling moest aangepast zijn aan de Vlaamse context, eenvoudig taalgebruik hanteren aangepast aan het algemene publiek, geschikt voor verschillende leeftijdsgroepen en gender-neutraal zijn. De Nederlandse vertaling werd vervolgens terug naar het Engels vertaald door een Engelstalige vertaler zonder kennis over de inhoud of de achtergrond van het instrument. De bedoeling van deze backwardvertaling was te controleren of de inhoud overeenkomt met de inhoud van het oorspronkelijke instrument.

Tijdens de vertalingsfase werd ondersteuning geboden door een expertengroep, bestaande uit methodologen en gezondheidsprofessionals. Deze expertengroep gaf feedback op de verschillende versies en keek toe op de vereisten voor de ontwikkeling van het instrument.

Vervolgens werd het instrument voorgelegd aan de WHO voor 'internationale harmonisatie', met andere woorden, om de consistentie met andere reeds bestaande vertalingen na te gaan.

De laatste fase was een begripbaarheidstest. In Vlaanderen werd het instrument afgenomen bij 21 cliënten in CAW/OCMW(7), huisartspraktijk (5) en alcohol- en drughulpverlening (9). De deelnemers werden gevraagd om bij elke vraag aan te geven of ze de vraag begrepen, wat ze onder specifieke termen verstonden en hoe ze zich erbij voelden. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 31,6 jaar (de jongste deelnemer was 21, de oudste 52) en 57% waren mannen. Ook de hulpverleners gaven hun feedback op het instrument.

Op basis van deze begripbaarheidstest gebeurden nog enkele aanpassingen aan het instrument om het begrijpelijker en gebruiksvriendelijker te maken.